

## Formular Unfallanzeige / Formulaire déclaration d'accident

Version 01.08.2020

Unfallanzeige des Klubs/Sektion/Verband:

*Avis d'accident du club/section/association :* \_\_\_\_\_

Datum des Unfalls :

*Date de l'accident :* \_\_\_\_\_

Anlass:

*Manifestation :* \_\_\_\_\_

Name, Vorname <i>Nom, prénom</i>	Strasse, PLZ, Wohnort <i>Rue, NP, Lieu</i>	Beruf <i>Profession</i>	Geburts- datum <i>Date de naissance</i>	Versicherungs- kategorie <i>Catégorie d'as- surance</i>
_____	_____	_____	_____	_____
Telefon- / Mobil-Nummer <i>Numéro de téléphone</i>	_____			
E-Mail <i>e-mail</i>	_____			
IBAN-Nummer <i>Numéro IBAN</i>	_____			

1 a) Unfallort:

*Lieu de l'accident :* \_\_\_\_\_

b) Name und Adresse des Gegners:

*Nom et adresse de l'adversaire :* \_\_\_\_\_

2 Genauer Zeitpunkt des Unfalls (Datum und Uhrzeit):

*Heure exacte de l'accident (date et heure) :* \_\_\_\_\_

3 Wie hat sich der Unfall zuggetragen und welches ist die mutmassliche Ursache:

*Indication des causes et circonstances :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 Angaben von 2 Augenzeugen und deren Wohnort:

*Données de 2 témoins et indication de leur adresse :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. a) Genaue Adresse des behandelnden Arztes:

*Adresse exacte du médecin traitant :* \_\_\_\_\_

b) Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen:

*Quand a eu lieu la première intervention médicale :* \_\_\_\_\_

c) Art der Verletzung (welcher Körperteil wurde genau verletzt):

*Genre de blessure (partie du corps blessée) :* \_\_\_\_\_

d) Mutmassliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

*Durée approximative de l'incapacité de travail :* \_\_\_\_\_

6. a) Adresse des Arbeitgebers:  
*Nom et adresse de l'employeur:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Angabe des Stunden- oder Monatslohnes:  
*Indiquer le salaire à l'heure ou par mois:* \_\_\_\_\_
- c) Angabe der Arbeitsstunden pro Woche  
(nur bei Stundenlohn):  
*Nombre d'heures de travail par semaine (seulement en cas de salaire à l'heure) :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Erhalten Sie bei Unfall weiterhin Lohnzahlungen? *Recevez-vous votre salaire en cas d'accident ?* \_\_\_\_\_
- e) Wenn ja; wie viel und Dauer:  
*Si oui, combien et pour quelle durée :* \_\_\_\_\_
- 7 a) SUVA versichert:  
*Etes-vous assuré auprès de la SUVA :* \_\_\_\_\_
- b) Bestehen anderweitige Versicherungen (Taggeld):  
*Le blessé est-il assuré après d'autres assurances (Indemnité journalière) :* \_\_\_\_\_

**Für die wahrheitsgetreue Angaben zeugen: / Confirmé conforme :**

**Der Verunfallte**  
**L'accidenté**

**Der Präsident oder der Verantwortliche für die Hilfskasse**  
**Le président ou le responsable pour la caisse de secours**

\_\_\_\_\_ den / le \_\_\_\_\_

Diese Unfallanzeige ist vom Präsidenten oder des Verantwortlichen für die Hilfskasse auszufüllen und darf dem Arzt nicht vorgelegt werden; sie ist innert 30 Tagen an den Kassier der Hilfskasse ESV zu senden.  
*L'avis d'accident doit être rempli par le président ou le caissier d'assurance et ne doit pas être présenté au médecin. Il doit être envoyé dans un délai de 30 jours au caissier de la caisse de secours.*

Allfällige Bemerkungen:

*Observations éventuelles :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nicht wahrheitsgetreue Angaben hat die Ablehnung der Haftbarkeit zur Folge!**  
**L'accident ne sera pas reconnu en cas des fausses déclarations !**

**Geht an:** HK ESV, Geschäftsstelle ESV

**Va à:** CSAFLS, secrétariat générale AFLS

Rumendingenstrasse 1, 3423 Ersigen – sekretariat@esv.ch